

私の手帳

(がん診療連携パス)



鹿児島県

2013年4月 第2版



目

次

子宮頸がん

退院後に気をつけること	Page	3~5
私のプロフィール	Page	6~7
治療記録	Page	8~11
病変部位	Page	12
あなたからのメッセージ	Page	13~14
日常生活の過ごし方	Page	15
各疾患ごとの副作用	Page	16~17
がんのことについて相談したいときは	Page	18~19
患者同士の支えあいの場にはどのようなものがある？	Page	20~21
がん診療連携パスに関する説明書・同意書 ..	Page	22
連携パス (ページ数はありません)		

子宮頸がん拠点病院の情報

病院

先生

連絡先：

婦人科のかかりつけ医の情報

病院

先生

連絡先：

緩和治療・在宅治療の情報

病院

科

先生

連絡先：

はじめに

『連携パス』とは、地域のかかりつけ医と手術など専門的治療を行った施設の医師が、患者さん自身の理解を得ながら、患者さんの治療経過を共有できる「治療計画表」のことです。

「連携パス」を活用することで、

- かかりつけ医と手術など専門的治療を行った施設の医師が協力して、あなたの治療を行います。
- 患者さんの視点に立った安心で質の高い医療を提供する体制を構築することを目指しています。
- 患者さんにとっても長い待ち時間や通院時間の短縮による負担軽減になります。

このように、かかりつけ医と手術など専門的治療を行った施設の医師が協力しあい、患者さんご自身の治療計画や経過の把握をします。

また、かかりつけ医の手厚い診療をすることで、不安の解消といったメリットにつながります。

あなたの主治医の役割 ～医師の役割分担～

1. かかりつけ医では

子宮頸がんの治療が終了し、拠点病院を退院された後は、地域のかかりつけ医の先生と連携を取りながら診療します。

消化器症状などには、他科の先生と連携をとることになります。



2. 子宮頸がん拠点病院では

原則として、1～6ヶ月毎（最初は1～3ヶ月毎）に通院していただき、検査と診察を受けて頂きます。検査としては、血液検査と超音波検査（適時CT検査）を受けて頂きます。再発が疑われた場合は、入院して頂きます。

退院後の日常生活

【安静と運動】

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。適度な運動をお勧めします。

近所の散歩程度から始めて30分程度の散歩が出来れば大方の事が可能でしょう。



【食事】

暴飲・暴食は避けてください。食物繊維が多くふくまれているものや消化しにくいものは、腸閉塞の原因となることがあります。消化の良い食品をとり、水分を制限せずに、むしろ補いましょう。アルコールや刺激物は控えめに。

【風呂】

退院時からシャワーは可能ですが、入浴が可能な時期は手術の術式により異なる場合がありますので手術を行った主治医に確認してください。出血や帯下が多めの時は、シャワーやかかり湯にしてください。



【その他】

旅行・性交・活発な運動・温泉などの公衆浴場は、外来受診時に異常がなければ可能です。

【社会復帰にむけて】

社会復帰が可能となる時期は年齢や体力、社会的状況、仕事内容、手術術式などにより異なりますので個々の状況に応じて対応すべきです。ひとつの目安としては、2か月位を目処に社会復帰が可能と考えます。



このような症状があるときは？

便秘・下痢 個人差はありますが、薬剤でコントロール可能ですので医師に相談しましょう。

腹部膨満感 腹水貯留や腸閉塞のおそれがありますので、排ガスのない場合や症状が続くときは医師に相談しましょう。

下肢の浮腫 下肢のリンパ浮腫や腎機能低下の恐れがありますので、症状が続くときは医師に相談しましょう。

性器出血・下血 医師に相談しましょう。

排尿障害 尿が少なくなり、発熱することがあります。水分摂取を心がけましょう。尿が出なかったり、発熱が続くときは医師に相談しましょう。

化学療法中

口内炎 口腔内を清潔に保ちましょう。定期的にうがい薬を使用しましょう。痛みが持続するときは医師に相談しましょう。

食欲低下 数日続くとき、体重が減少するときは医師に相談しましょう。

発熱 38度以上の高熱がみられるときは、医師に相談しましょう。

皮疹 皮膚に発赤疹、腫れ、掻痒感がみられたら医師に相談しましょう。

緩和ケア・在宅ケア

身体的な症状 がん性疼痛、呼吸困難感、吐き気、全身倦怠感、食欲低下、体重減少など様々な症状があります。お薬を組み合わせることでかなり軽減されます。症状を我慢せず、医師に相談して下さい。

心理的・精神的な症状 からだがだるい、気分が優れない、意欲がない、不安な気分、考えがまとまらない、興味がもてない、不眠、いらつき、焦り等症状があります。お困りなことは何でも遠慮なく医師やスタッフに相談して下さい。

社会的・経済的な問題 医療費のこと、入院や自宅療養のこと、家庭のこと、経済的なこと、仕事上のこと、相続のことなどお困りになっていませんか。いつでも遠慮なく相談して下さい。医療スタッフみんなで対応します。

退院後もこれだけは忘れずに！

◎定期的な診察や検査に行きましょう

術後5～10年を目処に、定期的な診察や検査を行います。診察や検査の間隔は、手術後の状態によって違いますから、医師の指示通り、決められた日に診察や検査を受けるようにしてください。

なお、定期検査は子宮頸がんを対象としているものです。

他の病気をカバーするものではありません。



◎悩んでいるのはあなただけではありません。

あなたが安心して治療や検査を続けていくためには、家族とともに医師や看護師とのコミュニケーションを良くし、一緒にこの病気と闘っていく気持ちが大切です。

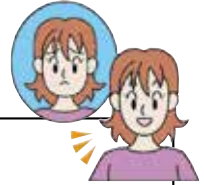
まだまだ不安や悩みがあると思いますが、あなたと同じ経験をされた患者さんはたくさんいらっしゃいます。

そして、その多くの方が病気を克服し充実した人生を送っていることを忘れないでください。

不安や悩みは一人で抱え込まず、医師や看護師、家族など周囲の人に話してみましょう。

がん診療連携拠点病院のがん相談支援センターでも皆さんの相談に無料で応じています。

私のプロフィール



名前			
生年月日	(西暦)	年	血液型
			日
住所	(〒 -)		
これまでにかかった病気 (既往歴)			
治療中の病気 (原因が子宮頸がんによるものも含む)	病名：	
	医療機関名：	医師名：	
	病名：	
	医療機関名：	医師名：	
病名：		
医療機関名：	医師名：		
病名：		
医療機関名：	医師名：		



続 き	病名：	
	医療機関名：	医師名：
	病名：	
	医療機関名：	医師名：
がん相談 支援室担当者	()病院 ・ 名前()	Tel
ソーシャル ワーカー(MSW)	()病院 ・ 名前()	Tel
訪問看護師	()病院 ・ 名前()	Tel
ケア マネジャー	()病院 ・ 名前()	Tel
保険薬局	名前()	Tel
緊急時の 連絡先 (1)	●連絡する人の名前： () ()	●本人との関係
	●電話番号(自宅) []	●電話番号(携帯) []
緊急時の 連絡先 (2)	●連絡する人の名前： () ()	●本人との関係
	●電話番号(自宅) []	●電話番号(携帯) []
(病気・治療の説明をしてほしい人)		
(病気・治療の説明をしてほしくない人)		
(アレルギーのある人)		

治療記録：初回紹介時

紹介時の癌の部位

年 月 日

年 月 日

紹介時の検査所見

HBAg : 陽性 陰性 不明 HCVAb : 陽性 陰性 不明

その他:

腫瘍マーカー : SCC 抗原()ng/ml CEA()ng/ml
その他()

紹介時の病状・症状

P	S: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	疼 痛: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	備 考
腹水・胸水: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		呼吸器症状: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
栄 養: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 点滴		消化器症状: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
移 動: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		不眠・不安: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
意 識: <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏睡		そ の 他: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

患者への説明内容

患者の意向・希望

疼痛処方 : なし あり

NSAID : なし あり 非麻薬性オピオイド : なし あり
 オピオイド : なし あり (定期処方薬: ; mg)
 (レスキュー薬: ; mg)

急変時指示 : なし あり (紹介状など参照)

医療福祉・生活環境に関して

介護保険申請 : 未 済み(要介護・要支援) 福祉医療受給 : あり なし
 介護保険サービス利用 : あり なし 公費医療制度 : あり なし
 身体障害者手帳 : あり (級、障害の種類)

治療記録：平成 年 月 日紹介時

紹介時の癌の部位

年 月 日

年 月 日

紹介時の検査所見

HBAg : 陽性 陰性 不明 HCVAb : 陽性 陰性 不明

その他:

腫瘍マーカー: SCC 抗原()ng/ml CEA()ng/ml
その他()

紹介時の病状・症状

P	S: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	疼 痛: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	備 考
腹水・胸水:	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	呼吸器症状: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
栄 養:	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 点滴	消化器症状: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
移 動:	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	不眠・不安: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
意 識:	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏睡	そ の 他: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

患者への説明内容

患者の意向・希望

疼痛処方: なし あり

NSAID: なし あり 非麻薬性オピオイド: なし あり
 オピオイド: なし あり (定期処方薬: ; mg)
 (レスキュー薬: ; mg)

急変時指示: なし あり (紹介状など参照)

医療福祉・生活環境に関して

介護保険申請: 未 済み(要介護・要支援) 福祉医療受給: あり なし
 介護保険サービス利用: あり なし 公費医療制度: あり なし
 身体障害者手帳: あり (級、障害の種類)

治療記録：平成 年 月 日紹介時

紹介時の癌の部位

年 月 日

年 月 日

紹介時の検査所見

HBAg : 陽性 陰性 不明 HCVAb : 陽性 陰性 不明

その他:

腫瘍マーカー: SCC 抗原()ng/ml CEA()ng/ml
その他()

紹介時の病状・症状

P	S: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	疼 痛: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	備 考
腹水・胸水: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		呼吸器症状: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
栄 養: <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> 点滴		消化器症状: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
移 動: <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		不眠・不安: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
意 識: <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 傾眠 <input type="checkbox"/> 昏睡		そ の 他: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

患者への説明内容

患者の意向・希望

疼痛処方: なし あり

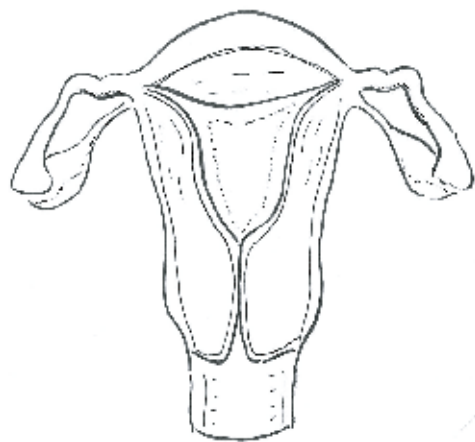
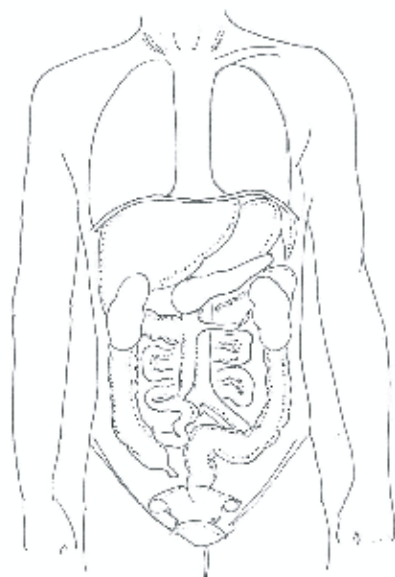
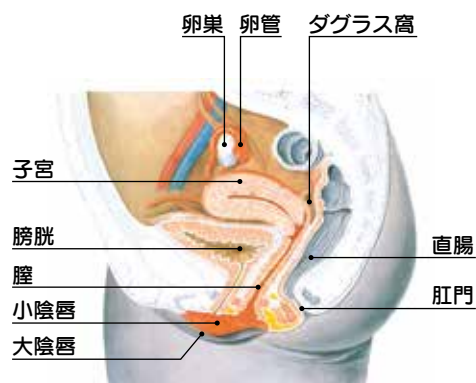
NSAID : なし あり 非麻薬性オピオイド: なし あり
 オピオイド: なし あり (定期処方薬: ; mg)
 (レスキュー薬: ; mg)

急変時指示: なし あり (紹介状など参照)

医療福祉・生活環境に関して

介護保険申請: 未 済み(要介護・要支援) 福祉医療受給: あり なし
 介護保険サービス利用: あり なし 公費医療制度: あり なし
 身体障害者手帳: あり (級、障害の種類)

病変部位



あなたからのメッセージ

あなたからのメッセージ		
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
	病院・施設名 記入者名	
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
	病院・施設名 記入者名	
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
	病院・施設名 記入者名	
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
	病院・施設名 記入者名	

あなたからのメッセージ

年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名
年 月 日	医療者に伝えたいこと	医療者からのメッセージ・特記事項
		病院・施設名 記入者名

日常生活の過ごし方について

1. 安静と運動

過労にならないよう注意が必要ですが、過度に安静にする必要はありません。

適度な運動をお勧めします。

適度な運動として
1日30分以上の散歩は
いかがでしょうか？



2. 食事



穀物を中心に野菜を多く取って、バランスの良い食事を取るように心がけましょう。

脂肪の取りすぎには注意しましょう。タンパク質は動物性(肉など)よりも植物性(大豆、豆腐等)のものが良いようです。刺激物の摂りすぎには注意しましょう。

3. 風呂

シャワーに比べてお風呂に入るには体力を要します。熱い風呂、長風呂は避けてください。食後1時間は入浴を避けましょう。



4. アルコール

アルコールを飲んではいけませんが、方もいらっしゃると思いますので、主治医の先生に飲酒可能か質問をしてください。



5. 旅行

基本的に禁止するものではありません。ただし無理のないスケジュールで。ご心配であれば、旅行可能か主治医に尋ねてみてください。



各疾患ごとの副作用






婦人科がん

腹部膨満感	・腹水貯留や腸閉塞の恐れがありますので、症状が続く時には医師に相談してください。
下肢の浮腫	・下肢のリンパ浮腫や腎機能低下の恐れがありますので、症状が持続する時は医師に相談をしてください。

化学療法中

口内炎	・口腔内を清潔に保ちましょう。 ・定期的に粘膜保護用のうがい薬を使用しましょう。 ・痛みが持続するときには医師に相談をしましょう。
食欲低下	・食欲低下が数日続くとき、体重が減少するときは医師に相談をしましょう。
下痢・便秘	・下痢や便秘が続くとき、食事が入らないとき体重が減少するときには医師に相談をしましょう。
発熱	・38℃以上の高熱がみられたときには医師に相談をしましょう。
皮膚疹	・皮膚に発赤疹、腫れ、掻痒感がみられたら医師に相談をしましょう。

緩和ケア・在宅ケア

<p>身体的な症状</p> 	<p>・がんによる身体的な症状として、がん性疼痛、呼吸困難感、吐き気、全身倦怠感、食欲低下、体重減少などさまざまな症状があります。すべての症状はお薬を組み合わせる事でかなり軽減されます。症状を我慢せず、遠慮なく医師に相談してください。</p>
<p>心理的・精神的な症状</p> 	<p>・心理的・精神的な症状として、体がだるい、気分が優れない、意欲がない、不安な気分、考えがまとまらない、興味を持たない、不眠、いらつき、焦りなどさまざまな症状があります。お困りのことはなんでも遠慮なく、医師やスタッフに相談をしてください。</p>
<p>社会的・経済的な問題</p> 	<p>・医療費のこと、入院や自宅療養のこと、家庭のこと、経済的なこと、仕事上のことなどお困りになっていませんか。いつでも遠慮なく相談してください。医療スタッフみんなで対応します。</p>



◆がんのことについて相談したい◆

(1)相談支援センターとは

相談支援センターでは、がんの病気や治療、療養生活について、情報探しのお手伝いをしたり、相談にお応えしています。また、心のケアや、生活支援や助成制度の紹介、家族への支援の相談なども行っています

- がんについて「知りたい」とき
- がんの治療について「理解して納得したい」とき
- 自分の考えを「伝えたい」とき
- 療養生活のことについて「聞いてみたい」とき
- 心の悩みを「誰かに聞いてほしい」とき
- 生活や経済的なことで「心配がある」とき

●鹿児島県がん診療連携拠点病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
鹿児島大学病院	がん相談支援センター ☎099-275-5970(直通)	平 日 8時30分～17時
鹿児島医療センター	がん相談支援センター ☎099-223-1151(代表)	平 日:9時～16時
鹿児島市立病院	がん相談支援センター ☎099-230-7100(直通)	平 日 8時30分～17時15分
今給黎総合病院	がん相談支援センター ☎099-226-2223(直通)	平 日:9時～17時 土曜日:9時～12時
県立薩南病院	がん相談支援センター ☎0993-53-5300(内線 351)	平 日 8時30分～17時15分
県立大島病院	医療相談室 ☎0997-52-3611(内線 3476)	平 日:10時～16時
済生会川内病院	がん相談支援センター ☎0996-23-5221(代表)	平 日: 9時～12時 :13時～16時
南九州病院	がん相談支援センター ☎0995-62-3677(直通)	平 日:9時～17時
鹿屋医療センター	がん相談支援センター ☎0994-42-0981(直通)	平 日:8時30分～12時 :13時～17時

● 特定領域がん診療連携拠点病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
相良病院	がん相談支援センター ☎099-216-3360(直通)	平 日:9時~17時30分

● 地域がん診療病院

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
出水郡 医師会広域医療センター	がん相談支援センター ☎0996-73-1542(直通)	平 日:9時~16時30分 土曜日:9時~12時
種子島医療センター	がん相談支援センター ☎0997-22-0960(内線575/597)	平 日:9時~12時 :14時~17時

● 鹿児島県がん診療指定病院相談支援センターの対応状況

H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
南風病院	医療連携・相談支援室 ☎099-226-9111(代表)	平 日:9時~17時
鹿児島厚生連病院	相談支援センター ☎099-252-2228(代表)	平 日:8時30分~12時 平 日:13時~17時 土曜日:8時30分~12時
今村総合病院	がん相談支援室 ☎099-251-2221(代表)	平 日:9時~16時
鹿児島市医師会病院	医療連携・相談室 ☎099-254-1121(直通)	平 日:9時~16時 土曜日:8時30分~12時30分
サザン・リージョン病院	患者支援相談室 ☎0993-72-1351(代表)	平 日:8時~17時 土曜日:8時~12時
指宿医療センター	地域医療連携室 ☎0993-22-2231(内線260)	平 日 8時30分~17時15分
川内市 医師会立市民病院	患者サポートセンター ☎0996-22-1111(内線149)	平 日:9時~17時
出水総合医療センター	地域医療連携室 ☎0996-67-1657(直通)	平 日 8時30分~17時15分
霧島市立医師会 医療センター	地域医療連携室・総合相談室 ☎0995-42-1171(代表)	平 日:9時~17時
県立北薩病院	地域医療連携室 ☎0995-22-8511(代表)	平 日:9時30分~16時
曾於医師会立病院	地域連携室 ☎099-482-4888(代表)	平 日:8時30分~17時 土曜日:8時30分~12時30分 (第1・3土曜は除く)
大隅鹿屋病院	患者相談窓口 ☎0994-40-1111(代表)	平 日 8時30分~17時15分
恒心会おぐら病院	医療相談室 ☎0994-31-1631(直通)	平 日:8時30分~17時 土曜日:8時30分~17時

◆患者同士の支え合いの場にはどのようなものがある？

患者同士が出会える場、支え合いの場としては、患者会、患者サロンなどがあります。

●患者会

患者会とは、同じ病気や障害、症状など、何らかの共通する患者体験を持つ人たちが集まり、自主的に運営する会のことです。

●患者サロン

患者サロンとは、患者やその家族など、同じ立場の人ががんの事を気軽に本音で語り合う交流の場のことです。



H30年6月15日現在

医療機関名	お問い合わせ先	対応日時
鹿児島大学病院	がん相談支援センター ☎099-275-5970(直通)	第2水曜日 14時～16時
鹿児島医療センター	がん相談支援センター ☎099-223-1151(代表)	第2土曜日 13時30分～15時30分
鹿児島市立病院	がん相談支援センター ☎099-230-7100(直通)	不定期
今給黎総合病院	がん相談支援センター ☎099-226-2223(直通)	第3水曜日 14時～16時
県立薩南病院	がん相談支援センター ☎0993-53-5300(内線 351)	第2木曜日 10時～12時
県立大島病院	医療相談室 ☎0997-52-3611(内線 3476)	第1金曜日 10時～12時
済生会川内病院	がん相談支援センター ☎0996-23-5221(代表)	第4土曜日 10時～12時
南九州病院	がん相談支援センター ☎0995-62-3677(直通)	第3水曜日 15時～16時
鹿屋医療センター	がん相談支援センター ☎0994-42-0981(直通)	第4木曜日 13時～15時
相良病院	がん相談支援センター ☎099-216-3360(直通)	毎週月曜日 14時～16時
出水郡医師会 広域医療センター	がん相談支援センター ☎0996-73-1542(直通)	第3木曜日 13時～15時
種子島医療センター	がん相談支援センター ☎0997-22-0960(内線 575/597)	第3金曜日 14時～16時
南風病院	医療連携・相談支援室 ☎099-226-9111(代表)	第4金曜日 14時～15時
鹿児島厚生連病院	相談支援センター ☎099-252-2228(代表)	第2土曜日 14時～16時
川内市 医師会立市民病院	患者サポートセンター ☎0996-22-1111(内線 149)	第1火曜日 11時～12時
出水総合医療センター	地域医療連携室 ☎0996-67-1657(直通)	最終木曜日 14時～15時30分
県立北薩病院	地域医療連携室 ☎0995-22-8511(代表)	第4火曜日 14時～16時

※対応状況が変更になっている場合もありますので、直接お問い合わせください。

◆NPO法人が運営しているがんサロン◆

NPO法人がんサポートかごしま

●患者サロン

場 所	鹿児島県民総合保健センター2階(鹿児島市下伊敷3丁目1番7号)
対応日	週2回(火曜日・木曜日) 10:00~16:00
連絡先	☎ 099-220-1888

●交流会

場 所	かごしま市民福祉プラザ(鹿児島市山下町 15-1)
開催日	第4日曜日 10:00~12:00

NPO法人 あなただけの乳がんではなく

乳がん患者さんが、患者サロン・交流会を通して、前向きに生活できるように、乳がん体験者スタッフがサポートしてまいります。

●患者サロン

場 所	ココロとカラダのサポートセンター (鹿児島市松原町 3-31 相良病院2階)
対応日	月曜日~金曜日 10:00~16:00(休日は休み)
連絡先	☎ 099-225-8588

●交流会

場 所	リボンズハウス (鹿児島市樋之口町 3-28 相良病院附属プレストセンター 1F)
開催日	第2月曜日 13:30~15:00 《第2月曜日 祝祭日の場合》 【場 所】 ココロとカラダのサポートセンター (鹿児島市松原町 3-31 相良病院2階) 【開催日】 第2木曜日 13:30~15:00
連絡先	☎ 099-213-9001

その他の患者会については、鹿児島県ホームページに記載してあります。
『鹿児島県のがん患者会一覧』で検索してください。

がん診療連携パスに関する説明書・同意書

令和 年 月 日

病院 科

説明者(担当医師名)

(担当者)

私は、患者 様の、今後の診療とがん診療連携パスについて下記の如く説明をしました。

1.目的	鹿児島県では、患者さん・ご家族に分かりやすく質の高い医療を目指して「がん診療連携パス(連携パス)」を活用しています。「連携パス」では病気の経過を予測して、各々の患者さんにとって現時点で一番良い診療計画を立て、患者さん・ご家族に納得して頂いた上で、医療者(医師・看護師・薬剤師・ソーシャルワーカー等)が協力して診療にあたります。当院では、この「連携パス」を用いて地域の病院や診療所と協力して同じ診療方針のもとにより安全で質の高い医療を提供したいと考えています。患者さん・ご家族を中心に関係する医療者が診療方針や検査結果等を知った上で、協体制度を作ります。患者さんには「私の手帳」と「お薬手帳」を利用して頂きます。
2.方法	当院と、地域のかかりつけの医療機関(病院や診療所)と共同して、役割分担をしながら、診察、検査、治療を続けて参ります。具体的には、かかりつけ医が日々の診察や投与等を担当し、当院が節目の診察・検査を行います。病状が急に変った時や何らかの問題が生じた時に備え、24時間365日対応し安心できる体制を作っています。また、かかりつけ医や、当院から電話等でお問い合わせの連絡をさせて頂く場合があります。
3.期待されること	「連携パス」を使用してかかりつけの医療機関と連携することで、患者さんの主治医が複数になります。異常の早期発見やきめ細かい対応が可能になります。患者さんや家族の日々の相談も、もっとお聞きできるようになると考えています。日常生活の中で安心して治療することが可能となります。
4.同意と撤回	私たちは「連携パス」が患者さんの療養生活や診療方針に合っているか吟味し、利用された方が良いと考えた場合にお勧めします。患者さん・ご家族と十分に相談をしながら、運用を勧めて参ります。途中中断されてもかまいません。中断されたからといって何ら不利益を受けることはございません。
5.負担	「がん診療連携パス(連携パス)」を使用することで、有害な事が生じる事はありません。また、医療機関によっては、保険診療上、自己負担が生じる可能性があります。
6.紛失	「私の手帳」は患者さんご自身の物です。紛失の責任はご自身にあります。個人情報ですので、紛失されないようご注意ください。
7.質問の自由	ご不明の点やご心配があればいつでもご相談ください。

私は、地域医療連携診療の目的や方法などについて上記説明を受け、十分に理解した上で、この地域医療連携診療に参加することに同意します。

令和 年 月 日

患者氏名

家族等氏名

続柄()

*当病院では、がんパスの使用促進またその内容改善を目的として、「私の手帳」に記載された患者様の貴重な個人情報を匿名化した上で、管理運営ならびに教育研究の目的に利用させていただきたいと思っておりますので、患者さまのご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。